HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO
Nit. 805027337-4
CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:4377777

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
No. 202300068
20/01/2023

EL RESPONSABLE DE PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que en el presupuesto del(la) RED SALUD DEL ORIENTE E.S.E de la presente vigencia fiscal del 2023, existe CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, con la siguiente denominación:

Concepto : SERVICIO DE VOZ PARA TELECONSULTA (GASTO DE TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN (24905501))

Rubro	Descripción	Valor
2	GASTOS	
21	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	
212	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
21202	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	
2120202	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	
2120202008	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	$20.000.000.00
	TOTAL:	**$20.000.000.00**

SON
VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE

Expedido en el municipio de CALI, a los 20 dias del mes de Enero de 2023 para efectos del control presupuestal.

YIRLANDY LARRAHONDO CARABALI
GERENTE(E)
34610438

ASCENETH BALLESTEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
66921704

FORMATO SOLICITUD DE BIENES Y SERVICIOS

FECHA: Enero 2023	SERVICIO / PROCESO: Gestión de la Información

TIPO DE NECESIDAD

Bienes		Servicios	X	Este articulado al PAA: SI __X___ No _____ ¿Si no está indique por qué? _____

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Se requiere contratar el servicio de VOZ para telefonía IP que permite hacer el seguimiento y control de pacientes e implementar el servicio de Teleconsulta.

El seguimiento y control de pacientes, junto con el servicio de teleconsulta le permite a la RSO garantizar la prestación de los servicios a los usuarios, optimizando sus recursos.

Valor propuesta: $20'000.000

CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS

Código Segmento	Código Familia	Código Clase	Código Producto	Nombre Producto
81	8116	811617	81161712	Servicio de voz en la red

ARMANDO ALVARADO DÁVILA	MILTON FABIÁN PÉREZ
Nombre solicitante	Nombre jefe Inmediato

ESPACIO EXCLUSIVO PARA GERENCIA

Aprobado por el comité de compras mediante Acta N°: _____ de _____

Se envía al área de Presupuesto para solicitud de CDP que ampare el proceso de selección

Firma Ordenador del Gasto

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PRESUPUESTO

No. de CDP:	

Observaciones:

Firma Responsable de Presupuesto